

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

EXPERIENCIAS EN EL PARTO VAGINAL DE PACIENTES CON CESAREA PREVIA Y
GROSOR DEL SEGMENTO UTERINO MAYOR A 3.5 MM.

Alba Michelle Fong Torres
Orfa Zuceli Gómez de León

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el Grado de Maestra
en ciencias en Ginecología y Obstetricia

Abril 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

Las Doctoras:

Alba Michelle Fong Torres

Carné Universitario No.: 100018209

Orfa Zuceli Gómez De León

Carné Universitario No.: 100017934

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestras en Ciencias en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Experiencias en el parto vaginal de pacientes con cesarea previa y grosor del segmento uterino mayor a 3.5 mm."**

Que fue asesorado: Dr. Jorge David Alvarado Andrade MSc.

Y revisado por: Dr. Luis Araujo

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para abril 2013.

Guatemala, 10 de abril de 2013

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades



/lamo

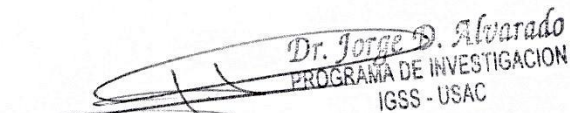
Guatemala 23 de marzo 2013.

Doctor
Edgar Herrarte
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad social

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis "EXPERIENCIAS EN EL PARTO VAGINAL DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA Y GROSOR DEL SEGMENTO UTERINO MAYOR A 3.5 MM" PERTENECIENTE ALA DRA. ORFAZUCELI GÓMEZ DE LEÓN, el cual asesoré y fue APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Jorge D. Alvarado
PROGRAMA DE INVESTIGACION
IGSS - USAC

Dr. Jorge Alvarado
Asesor
Ginecólogo y Obstetra
Jefe de Servicio
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

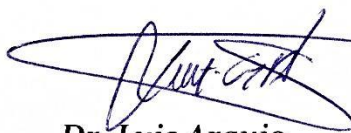
Guatemala 23 de marzo 2013.

Doctor
Edgar Herrarte
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad social

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis "EXPERIENCIAS EN EL PARTO VAGINAL DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA Y GROSOR DEL SEGMENTO UTERINO MAYOR A 3.5 MM" PERTENECIENTE ALA DRA. ORFAZUCELI GÓMEZ DE LEÓN, el cual revisé y fue APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Luis Araujo
Revisor
Ginecólogo y Obstetra
Jefe de Servicio

Dr. Luis Humberto Araujo Rojas
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 10,583

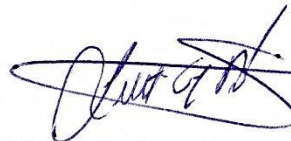
Guatemala 23 de marzo 2013.

Doctor
Edgar Herrarte
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad social

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis "EXPERIENCIAS EN EL PARTO VAGINAL DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA Y GROSOR DEL SEGMENTO UTERINO MAYOR A 3,5 MM" PERTENECIENTE ALA DRA. ALBA MICHELLE FONG TORRES, el cual revisé y fue APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Luis Humberto Araujo Rojas
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 10,583

Dr. Luis Araujo
Revisor

Ginecólogo y Obstetra
Jefe de Servicio

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por darnos la vida y permitirnos alcanzar una de nuestras metas trazadas

A NUESTROS PADRES: Por su amor incondicional y apoyo en todo momento

A NUESTROS ESPOSOS: Por su amor, Paciencia y Comprensión durante nuestro tiempo de formación

A NUESTROS HERMANOS: Por su apoyo incondicional en todo momento

A NUESTROS MAESTROS: Por compartir con nosotros sus conocimientos y sabios consejos.

A NUESTRO CENTRO DE ESTUDIOS: Universidad San Carlos de Guatemala, forjadora de nuestros conocimientos.

A INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL: Por permitirnos ser parte de su equipo y adquirir los conocimientos para nuestra profesión.

A NUESTRO ASESOR: Por compartir su tiempo y conocimiento para lograr el éxito de esta presentación.

A NUESTROS COMPAÑEROS DE PROMOCION: Por el apoyo y tiempo compartido durante nuestra formación y hacernos sentir como una familia

A USTEDES LECTORES: Gracias por su atención

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Objetivos	8
IV. Material y Métodos	9
V. Resultados	13
VI. Discusión y Análisis	18
VII. Referencias	22
VIII. Anexos	26

INDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PAGINA
Tabla No. 1	14
Tabla No. 2	14
Tabla No. 3	15
Tabla No. 4	15
Tabla No. 5	16
Tabla No. 6	16
Tabla No. 7	17

RESUMEN

EXPERIENCIAS EN EL PARTO VAGINAL DE PACIENTES CON CESAREA PREVIA Y GROSOR DEL SEGMENTO UTERINO MAYOR A 3.5 MM

O.Gómez de León, M. Fong

INTRODUCCION: En los últimos años se han propuesto diferentes parámetros para evaluación de pacientes con cesárea previa, dentro de éstos se ha propuesto la medición del grosor del segmento uterino por ecografía transvaginal, indicándose que una medida mayor de 3.5 mm. Segura. Por lo que decidimos darle seguimiento a pacientes con esta característica con el objetivo de investigar su evolución.

METODOLOGIA: Estudio Descriptivo de tipo Serie de casos, realizado en 11 pacientes atendidas en Mediano Riesgo del Hospital de Gineco- Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con antecedente de cesárea previa, a quienes se les realizo medición del grosor del segmento uterino por vía transvaginal, y de acuerdo al resultado obtenido se autorizó parto vaginal.

RESULTADOS: Se encontró 95 pacientes que asistieron a la Clínica de Mediano Riesgo con antecedente de cesárea previa, únicamente 11 pacientes presentó un grosor adecuado del segmento uterino, a quienes se les dio seguimiento hasta el momento del parto, se documentó un caso con ruptura uterina.

CONCLUSIONES: De los 11 casos estudiados, se presentó uno con ruptura uterina lo que representa un 9%. Considerándose que existieron otros factores de riesgo relacionados con

la paciente como la paridad, la tardanza en su llegada a la emergencia, el periodo intergenésico, entre otros, que contribuyeron al desarrollo de esta complicación y no se relacionó con la medición de la cicatriz segmentaria.

I. INTRODUCCION

En los últimos 120 años ha sido motivo de controversia la interrogante de la vía del nacimiento en embarazos subsiguientes de mujeres con antecedente de cesárea. Principalmente a la seguridad relativa del nacimiento por vía abdominal con respecto al vaginal en presencia de una cicatriz uterina. El más grande impulso para los favorecedores del parto vaginal después de cesárea provino de la introducción de la incisión transversa baja por Kerr (1) en 1926, quien argumentaba que la mayor solidez de la incisión uterina inferior una vez cicatrizada, permitía un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores; esto fue reforzado por las aseveraciones de Schmitz y col. (7), quienes luego de observar 62 partos vaginales de 448 mujeres con cesárea previa entre 1931 y 1950, concluyeron que el riesgo de mortalidad materna era menor con una prueba de trabajo de parto que con una cesárea repetida.(1)

La mayoría de los investigadores en el área han evaluado el parto vaginal en mujeres con cesárea previa, para determinar las posibles complicaciones y el intervalo interparto más seguro (17,22). Rozenberg y col. establecieron que el riesgo de rotura de la cicatriz es directamente proporcional con el grado de adelgazamiento del segmento uterino, medido a las 37 semanas de gestación. Estos autores establecieron, para una medida del segmento uterino de 3,5 mm, una sensibilidad de 88 %, con un valor predictivo negativo de 99,3 %.(1)

En el Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se cuenta con protocolos para la evaluación de pacientes con antecedente de cesárea previa y una lista de requisitos que debe ser llenada antes de decidirse el parto vía baja, sin embargo no se ha tomado en consideración la medición de la cicatriz del segmento uterino a través de ecografía transvaginal. Es por ello que se realiza la presente investigación, con el objetivo de determinar si la medida de la cicatriz segmentaria podría ser un parámetro útil y confiable para decidir dar parto vaginal luego de una cesárea, de esta manera poder incluirlo dentro del protocolo.

Es un Estudio Descriptivo de tipo Serie de Casos realizado en 11 pacientes que asistieron a la clínica de Mediano Riesgo durante los meses de enero a junio del 2011, quienes además de reunir los requisitos para prueba de parto vaginal presentaron una medición del grosor del segmento uterino mayor a 3.5 mm. A ellas se determinó su evolución hasta el momento del parto.

II. ANTECEDENTES

La tasa de cesáreas va en aumento tanto en los hospitales privados como en los públicos, siendo más marcado en los primeros. La tasa de cesárea recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (23) es de un 15 %, Del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 15,5 % y Salud para todos en 2010 también da un 15 % en nulíparas con presentaciones cefálicas a término y 63 % en mujeres con cesárea anterior (2)

Cuando una mujer ha tenido un parto por cesárea anterior, hay dos opciones para su atención en un embarazo posterior: cesárea repetida electiva planificada o parto vaginal planificado. Aunque hay riesgos y beneficios tanto para el parto con cesárea repetida electiva planificada como para el parto vaginal planificado después de la cesárea. A pesar de los riesgos (0.5-1% ruptura uterina) la prueba de parto vaginal después de parto por cesárea, continua siendo una opción atractiva .(2)

La frecuencia de rotura uterina luego de una cesárea, definida como un defecto que involucra el grosor completo de la pared uterina, incluyendo el peritoneo suprayacente, con extrusión del contenido uterino hacia la cavidad peritoneal, ha sido estimada entre 0,3 % y 3,8 %. La de dehiscencia uterina, que se define como la separación sub-peritoneal de la cicatriz uterina, y que puede ser parcial o total con respecto a su longitud, se ha estimado entre 0,6 % y 6,27 % (14-20). Sin embargo, existen resultados menos alentadores donde se evidencia un incremento del riesgo de rotura uterina, y/o dehiscencia del segmento uterino, en gestantes con intervalo interparto menor a 24 meses, que fueron sometidas a inducción de trabajo de parto, en comparación con aquellas que lo iniciaron espontáneamente (11)

La ultrasonografía ha sido usada para examinar el grosor de la cicatriz uterina en mujeres con antecedente de cesárea previa, en un intento para predecir el riesgo de ruptura uterina durante el trabajo de parto subsecuente ⁽⁴⁾. El valor predictivo de esta medición no ha sido adecuadamente estudiado, por lo que intentamos valorar a través del ultrasonido transvaginal la medición del grosor de la cicatriz segmentaria, previo al inicio del trabajo de parto, para decidir la vía de resolución obstétrica más segura, y desarrollar un protocolo intrahospitalario para el manejo del parto vaginal después de una cesárea.

El trabajo de parto después de un parto por cesárea, ha sido aceptado, como una forma de reducir la tasa de partos por cesárea. Aunque el parto vaginal después de una cesárea (VBAC) es apropiado para la mayoría de mujeres con historia de una incisión transversal baja, existen varios factores que aumentan el riesgo de un trabajo de parto fallido, lo cual nos lleva a un aumento en la morbilidad materna y perinatal.

Entre 1970-1988, la tasa de cesáreas en Estados Unidos aumento dramáticamente de un 5% hasta casi un 25%. Este crecimiento rápido fue resultado del aumento de la presión de disminuir el uso de partos con presentación anómala y el parto instrumental. Al mismo tiempo, el aumento de la seguridad que ofrece el monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardiaca fetal y del patrón contráctil uterino, llevo a un aumento en el numero de cesáreas, realizadas presuntamente por compromiso fetal y distocia respectivamente. Con algunas excepciones, el mejoramiento en el resultado perinatal como resultado del aumento de cesáreas que aun no está probado. (25)

Según una compilación de estadísticas presentada durante el Congreso Mundial de Medicina Perinatal, celebrado en abril de 1999 en Buenos Aires, entre 1993 y 1997 la tasa de cesáreas en todo Chile alcanzó un promedio de 40 por ciento, el nivel más alto del mundo. En Brasil, la tasa nacional llegó a más de 36 por ciento durante el mismo período. En Cuba, México, Uruguay y Argentina, el promedio fue de más de 23 por ciento. (27)

El dicho “una vez cesárea, siempre cesárea” que dominó la práctica obstétrica por 70 anos, ha cambiado gradualmente desde hace aproximadamente 30 años atrás, así como mejoras en el cuidado obstétrico hicieron posible que VBAC, sea un evento seguro para ambos, madre y feto. Basado en los hallazgos de varias series que han documentado la seguridad relativa de un trabajo de parto, organizaciones como ACOG, han enfrentado con entusiasmo el VBAC, para disminuir las tasas de cesáreas en EEUU. Todo esto llevo a un descenso en las tasas de cesáreas, llegando hasta 20.7% en 1996. Durante el mismo periodo (1989-1996) las tasas de VBAC aumentaron desde un 18% hasta un 28.3%.

El más grande impulso para los favorecedores del parto vaginal después de cesárea provino de la introducción de la incisión transversa baja por Kerr en 1926, quien argumentaba que la mayor solidez de la incisión uterina inferior una vez cicatrizada, permitía un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores; esto fue reforzado por las aseveraciones de Schmitz y col, quienes luego de observar 62 partos vaginales de 448 mujeres con cesárea previa entre 1931 y 1950, concluyeron que el riesgo de mortalidad materna era menor con una prueba de trabajo de parto que con una cesárea repetida. Si bien los médicos estadounidenses se mantuvieron firmes en sus puntos de vista contra el parto vaginal después de cesárea hasta 1970, en Europa era común desde la década de 1930 una prueba de trabajo de parto en estas pacientes.

BENEFICIOS Y RIESGOS

Al mismo tiempo que las tasas de VBAC iban en aumento, así también las publicaciones de reportes de ruptura uterina y de otras complicaciones durante el trabajo de parto con cesárea previa. Debido a eso, muchos médicos discontinuaron esta práctica. Este cambio brusco, aumentó nuevamente las tasas de cesárea hasta un 26% en el 2002, mientras que el VBAC descendió al 12%.⁽²⁵⁾

El riesgo más temido al someter a trabajo de parto a una paciente con antecedente de una cesárea es la rotura uterina. La cual se ha definido como un defecto que implica el grueso entero de la pared uterina, incluyendo el peritoneo sobrepuesto, con la salida del contenido intrauterino hacia la cavidad abdomino-pelviana, que requiere intervención operatoria. Sin embargo, algunos hacen la diferencia con la rotura uterina incompleta, que ha sido definida como aquella en la que el peritoneo visceral permanece indemne (28).

En los últimos años la mayoría de los investigadores en el área se han avocado a evaluar el parto vaginal en mujeres con cesárea previa, para determinar las posibles complicaciones. El parto vaginal puede decidirse en pacientes con cesárea previa después de los 12 meses, según Dicle y col., quienes determinaron a través de la Resonancia magnética nuclear (RMN), que la cicatrización de la histerorráfia segmentaria posparto podría requerir al menos 6 a 9 meses.¹³⁾

En el año 2000 se publica un metaanálisis comparativo entre prueba de trabajo de parto (TOL) y cesárea electiva (ERC) de 15 estudios, con 45.244 pacientes, con antecedente de una cesárea. El 72,3% de las sometidas a prueba de trabajo de parto, obtenía con éxito un parto vaginal. El número de roturas uterinas fue pequeño: 0,4% (90 de 22.982) para las con prueba de trabajo de parto, *versus* 0,2% (26 de 16.134) en aquellas en que se realizaba cesárea electiva.

Al comparar respecto a muerte materna, se encontraron 3 en 27.504 TOL, 0 en 17.740 ERC. Diferencia no significativa (Odds Ratio 1,52; 95% IC; 0,36-6,38). Respecto a mortalidad fetal y neonatal, de 23.286 TOL se produjeron 136 muertes fetales (0,6%). Y en 16.239 ERC, 56 muertes fetales (0,3%). Diferencia estadísticamente significativa (Odds Ratio 1,75; 95% IC; 1,30-2,34). APGAR a los 5 min menor a 7, más frecuente en prueba de trabajo de parto (Odds Ratio; 2,24; 95% intervalo confianza; 1,10-4,71).

Al comparar complicaciones: La morbilidad febril es menos frecuente en TOL (Odds Ratio 0,70; 95% IC; 0,64-0,77). Riesgo de transfusión sanguínea menos probable en TOL (Odds Ratio 0,57; 95% IC; 0,42-0,76). Histerectomía mayor riesgo en ERC (Odds Ratio 4,26; 95% IC; 0,006-295,19). (28)

El principal argumento que se tenía para contraindicar esta conducta en las gestantes con cesárea previa, lo constituía el temor a la rotura uterina; sin embargo, los estudios realizados hasta la actualidad revelan que este riesgo no es mayor a los beneficios que puedan obtenerse con un parto por vía vaginal, y que la incidencia de esta complicación es similar a la de las pacientes sin cicatrices uterinas previas, sugiriendo ser una alternativa razonable que ayudaría a disminuir la tasa de cesáreas y por tanto la relación costo beneficio hospitalario

Se consideran factores que incrementan el riesgo de rotura la inducción del parto, el intervalo corto entre partos, la existencia de más de una cicatriz previa y la fiebre posparto previa. Sin embargo, la incisión vertical en el segmento uterino inferior no aumenta el riesgo y el parto vaginal previo “protege” del riesgo de rotura uterina.

También se han empleado otros métodos como la ecografía transvaginal para evaluar el segmento uterino en pacientes con cesárea anterior y así determinar el grosor que garantice una evolución satisfactoria de un trabajo de parto. En 1996, Rozenberg y col. establecieron que el riesgo de rotura de la cicatriz es directamente proporcional con el grado de adelgazamiento del segmento uterino, medido a las 37 semanas de gestación. Estos autores establecieron, para una medida del segmento uterino de 3,5 mm, una sensibilidad de 88 %, con un valor predictivo negativo de 99,3 %.

EVALUACION ULTRASONOGRAFICA DEL SEGMENTO UTERINO INFERIOR

Muchos autores han publicado reportes sobre la prueba de parto vaginal en un útero con cicatriz previa, pero han sido pocos los que han podido establecer algún método confiable para la evaluación de la cicatriz en el segmento uterino inferior. Aunque la incidencia es muy baja, la frecuencia estimada de ruptura uterina durante la prueba de parto vaginal en pacientes con cesárea previa, es de 0.3 a 3.8%. Esto puede deberse a la falta de conocimiento de la integridad de la cicatriz del segmento uterino inferior, haciendo la selección de pacientes para prueba de parto vaginal de una manera ciega.

El antecedente de un parto vaginal después de una cesárea, no garantiza la seguridad de un nuevo parto por vía vaginal. La historiografía fue empleada anteriormente para la evaluación de la cicatriz uterina únicamente en las no embarazadas, pero no brindaba asesoramiento para un parto vaginal seguro. Los estudios radiológicos tampoco brindaban la información necesaria predictiva. Con el advenimiento de la ultrasonografía (USG), la evaluación de la cicatriz uterina fue posible, aun durante la gestación.

Michaels et. Al. (1988) uso el USG Transabdominal para el diagnostico de defectos en la cicatriz del segmento uterino inferior. Algunos autores (Burger et al. 1982) han trabajado para evaluar la cicatriz post cesárea durante el puerperio. Otros han evaluado el segmento uterino inferior para detectar la presencia de tejido cicatrizal y su origen (Lonky et al 1989). Aunque la vía transvaginal

En un estudio prospectivo realizado en Okynawa (1997), se especulo que la medición del grosor del segmento uterino inferior está relacionada con la calidad de la cicatrización de la herida operatoria. Según Rozenberg et al. (1996) el proceso de cicatrización de la herida uterina puede afectar la regeneración del istmo uterino, haciendo que se adelgace. Y que en subsecuentes embarazos, debido al crecimiento se adelgazaría aun más el segmento uterino.

TECNICA DE MEDICION DEL SEGMENTO

Tres son las capas que se pueden identificar ultrasonográficamente en un segmento uterino desarrollado correctamente, en la línea media del corte sagital. Son de adentro hacia afuera

- Membrana corioamniótica con endometrio decidualizado
- La capa media del miometrio
- Reflexión del peritoneo útero-vesical yuxtapuesto a la muscularis y a la mucosa de la vejiga

La medición se realiza sobre el grosor del miometrio desde la muscularis y la mucosa vesical, por fuera de la cara interna de la membrana corioamniotica. Cuando hay contracciones asintomáticas el segmento uterino inferior se engruesa, una condición

descrita por algunos autores (Karis et al 1991) como pseudo dilatación y puede dar una falsa medición. En esos casos, se debe medir en ausencia de contracciones uterinas. En los casos de placenta de implantación baja el segmento uterino inferior se convierte altamente vascularizado y congestionado, luciendo más grueso de lo normal, haciendo de esta medida no funcional (7).

Se ha especulado con la utilidad de la medición ecográfica del grosor del segmento uterino inferior a las 36-38 semanas para valorar el riesgo de rotura uterina. Cuando el grosor del segmento es mayor de 4.5mm, el riesgo es nulo, mientras que cuando es menor de 2.6 mm el riesgo de rotura asciende al 9.8%.

El estudio Bujold's, en 1996 en Canadá, que involucro a 236 mujeres con una cesárea previa, en quienes se utilizo la medición del segmento uterino inferior para predecir futuros partos vía vaginal; determino un punto de corte de 2.3mm, en donde el riesgo promedio de ruptura uterina es del 1%. Comparado con mediciones <2mm, que fueron asociadas a un riesgo del 10%⁽¹⁶⁾.

RECOMENDACIONES

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que exista alguna de las siguientes circunstancias:

1. Que persista la indicación anterior.
2. Que la cesárea fuese clásica o desconocida.
3. Que el feto pese 4.000 gramos o más.
4. Que haya alguna contraindicación para el parto vaginal.
5. Que no se pueda monitorizar el parto y,
6. La falta de un anesthesiólogo y un neonatólogo⁽¹⁾.

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

- ❖ Establecer la evolución clínica de pacientes con antecedente de cesárea previa y medición del grosor del segmento uterino mayor a 3.5 mm. a quienes se les dio parto vaginal.

3.2 ESPECIFICOS

- ❖ Determinar las complicaciones presentes durante el parto en pacientes seleccionadas para parto vía vaginal con antecedente de cesárea previa.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO: Estudio Descriptivo de Tipo Serie de Casos

4.2 POBLACION: Hospital de Gineco- Obstetricia, "IGSS", Pamplona.

4.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: Total de pacientes que visitaron la clínica de Mediano Riesgo, y presentaron una medición del grosor del segmento uterino mayor a 3.5 mm. por ultrasonido transvaginal.

4.4 UNIDAD DE ANALISIS:

- ❖ Epi Info
- ❖ Exel

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Gestantes en control prenatal de Mediano riesgo
- ❖ inicio espontáneo de trabajo de parto (dilatación ≥ 4 cm)
- ❖ Edad gestacional mayor o igual a 37 semanas
- ❖ Feto único en presentación cefálica, sin evidencia de anomalías que interfieran con el parto vaginal.
- ❖ Una cesárea previa tipo segmentaria transversal intrahospitalaria
- ❖ Grosor del segmento uterino mayor de 3,5 mm, medido por ecografía transvaginal entre las semanas 35-37 de embarazo
- ❖ Peso fetal estimado por ultrasonografía $< 3,400$ gms
- ❖ Intervalo entre el nacimiento por cesárea y el embarazo actual mayor de 2 años.
- ❖ Perfil biofísico modificado normal al momento del ingreso.

4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Cirugía uterina previa(miomectomía, correcciones)
- ❖ Sobredistención uterina
- ❖ Antecedente de puerperio complicado
- ❖ Patología materna o fetal que contraindicara un trabajo de parto
- ❖ Infecciones en el canal vaginal

4.7 VARIABLES

- ❖ Edad materna
- ❖ Antecedentes obstétricos
- ❖ Grosor del segmento uterino
- ❖ Complicaciones al momento del trabajo de parto

4.8 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDICION
Edad materna	Característica cuantitativa que indica el tiempo que ha vivido una persona.	<ul style="list-style-type: none"> • 20-25 • 26-30 • 31-35 • 36-40
Antecedentes Obstétricos	Características que indican el número de partos en una paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Gestas • Partos • Abortos • Cesáreas
Grosor del segmento uterino inferior	Medición del grosor del miometrio desde la muscularis y mucosa de la vejiga. Por fuera de la cara interna de la membrana corioamniótica	<p>Normal: simétrica o asimétrica de 3.5 mm</p> <p>Delgada: simétrica o asimétrica <3.5 mm</p> <p>(10)</p>
Complicaciones del parto	Eventos que desfavorecen el trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Retención placentaria • Atonía Uterina • Ruptura Uterina

4.8 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- ❖ Ultrasonido
- ❖ Monitor fetal
- ❖ Boleta de recolección de datos

4.9 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

- ❖ Estudio Realizado en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en pacientes que asistieron a control prenatal a la clínica de Mediano Riesgo, con antecedente de una cesárea previa intrahospitalaria.
- ❖ Se proporcionará información acerca del estudio, a las pacientes captadas durante el trabajo de campo, haciéndoles saber las ventajas y desventajas que se obtienen al optar por parto vaginal después de una cesárea, al mismo tiempo se realizó una encuesta en donde se calificó a la paciente y se determino si era o no candidata para el parto por vía vaginal.
- ❖ A las pacientes que desearon ser parte del estudio y que reunían los requisitos se les proporcionó una hoja de consentimiento informado y se resaltó en el carnet de asistencias una nota que las identifique al momento de presentarse a la emergencia de Maternidad.
- ❖ A las pacientes que reunían los requisitos para parto vaginal se les realizó un ultrasonido transvaginal con vejiga llena, para evaluar el grosor del segmento uterino, entre las semanas 36 a 38 de embarazo, el cual fue reportado en milímetros, si la medida se reportaba mayor a 3.5 mm se confirmara la decisión de parto vaginal, de lo contrario la paciente era excluída en del estudio en ese momento. Además se solicitó un conjunto de datos relacionados con su identificación, antecedentes, datos del control prenatal y evaluación clínica para iniciar con la boleta de recolección de datos.
- ❖ En labor y partos, para continuar siendo parte del estudio, las pacientes debieron presentarse con Trabajo de parto Activo es decir, con más de 4 cm. De dilatación, momento en el cual se evaluaba la conducción del trabajo de parto con oxitócicos en infusión continua a dosis de 2. 5 mUI/ min, y se realizaba amniorrexis.

- ❖ Se monitorizó la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina durante el trabajo de parto mediante el monitoreo clínico, de forma periódica, así como la progresión de la dilatación cervical.
- ❖ Los hallazgos se registraron en el partograma y alcanzados los 6 cm de dilatación cervical se indicó la analgesia de conducción.
- ❖ Constatada la dilatación cervical completa se aplicaron fórceps profilácticos.
- ❖ Posterior al alumbramiento se realizó la revisión uterina manual, haciendo énfasis en las condiciones del segmento uterino así como el canal del parto y los hallazgos se reportados en la boleta de recolección de datos.
- ❖ Todos los datos se presentaron en tablas estadísticas diseñadas para tal fin

4.10 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

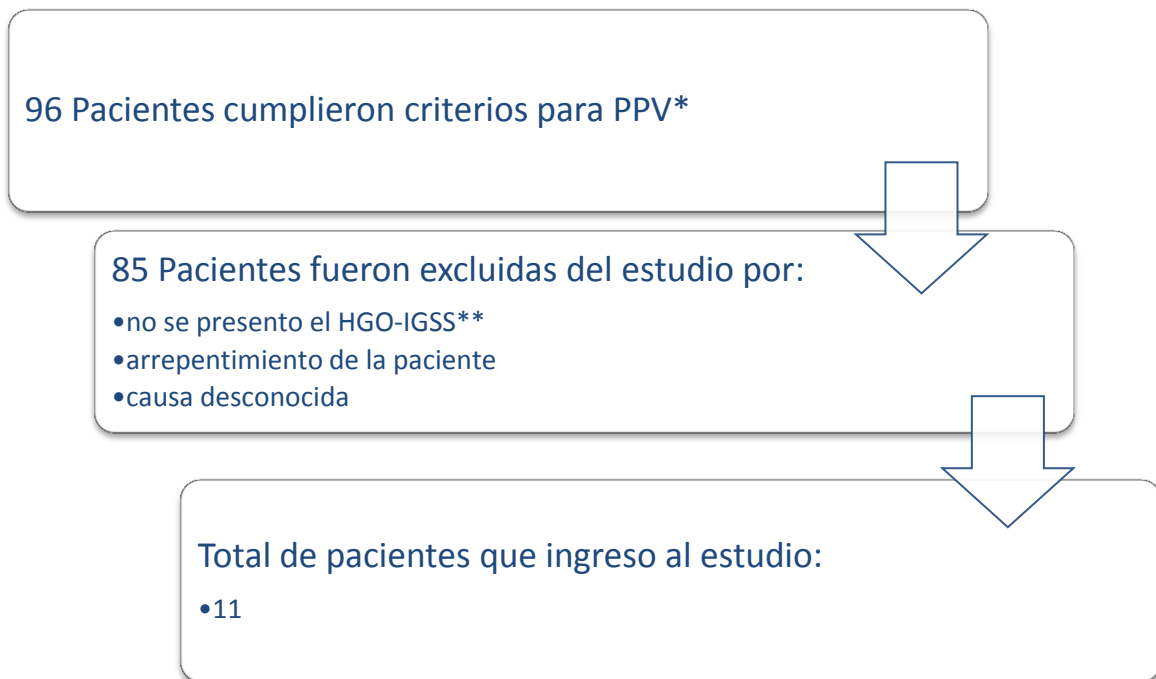
- ❖ Hoja de Consentimiento Informado, donde se explica a la paciente sobre el propósito del estudio, así como de los riesgos y beneficios del mismo.

4.11 PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS DE INFORMACION

- ❖ Los datos obtenidos se reportaron a manera de relato, describiendo la evolución clínica que presentaron las pacientes que clasificaron para el estudio.

V. RESULTADOS

Distribución de las pacientes que cumplieron requisitos para PPV* en el HGO-IGSS**



PPV*: Prueba de parto vaginal

HGO-IGSS**: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Tabla No.1

Edad de las pacientes a quienes se les dio PPV*
en Labor y Partos del HGO-IGSS**, Guatemala, año 2011***

Rango de edad (años)	Frecuencia	%
21 a 25	3	27
26 a 30	4	36
31 a 35	3	27
>35	1	10
TOTAL	11	100

PPV*: Prueba de parto vaginal

HGO-IGSS**: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

2011***: incluye casos hasta el mes de mayo

Tabla No. 2

Paridad de pacientes a quienes se les dio PPV*
en clínica de Mediano Riesgo del HGO-IGSS**, Guatemala, año 2011***

Paridad	Frecuencia	%
Secundigesta	5	46%
Múltipara	3	27%
Gran Múltipara	3	27%
TOTAL	11	100

PPV*: Prueba de parto vaginal

HGO-IGSS**: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

2011***: Incluye casos hasta el mes de mayo

Tabla No. 3

Pacientes en las que se utilizo fórceps durante la PPV* en Labor y Partos del HGO-IGSS**,
Guatemala, año 2011***

Uso de fórceps	Frecuencia	%
Si	2	18
No	9	82
TOTAL	11	100

PPV*: Prueba de parto vaginal

HGO-IGSS**: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

2011***: Incluye casos hasta el mes de mayo

Tabla No. 4

Complicaciones medicas en las pacientes a quienes se les dio PPV* en Labor y Partos del
HGO-IGSS**, Guatemala, año 2011***

Complicación	Frecuencia	%
Rotura Uterina	1	9
Atonía Uterina	2	18
Ninguna	8	73
TOTAL	11	100

PPV*: Prueba de parto vaginal

HGO-IGSS**: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

2011***: Incluye casos hasta el mes de mayo

Tabla No. 5

Periodo Intergenesico de las pacientes que cumplieron requisitos para PPV* en el HGO-IGSS**, Guatemala, año 2011*

Periodo Intergenesico	Frecuencia	%
2 años	26	27.7
3 años	33	35.1
4 años	19	20.2
5 años	6	6.4
>5 años	10	10.6
TOTAL	94	100

PPV*: Prueba de parto vaginal

HGO-IGSS**: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

2011***: Incluye casos hasta el mes de mayo

Tabla No. 6

Paridad de las pacientes que cumplieron requisitos para PPV* en el HGO-IGSS**, Guatemala, año 2011***

Paridad	Frecuencia	%
2	46	48.9
3	17	18.1
4	9	9.6
5	2	2.1
>5	20	21.3
TOTAL	94	100

PPV*: Prueba de parto vaginal

HGO-IGSS**: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

2011***: Incluye casos hasta el mes de mayo

Tabla No. 7

Grupo étnico de las pacientes que cumplieron requisitos para PPV* en el HGO-IGSS**, Guatemala, año 2011***

Complicación	Frecuencia	%
Indígena	21	22.3
Ladino	73	77.7
TOTAL	94	100

PPV*: Prueba de parto vaginal

HGO-IGSS**: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

2011***: Incluye casos hasta el mes de mayo

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Para realizar este trabajo se analizaron las gestantes con cesárea anterior que acudieron a la consulta de la clínica de Mediano Riesgo del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de seguridad Social, durante el período comprendido de Enero a Junio 2011. Se encontraron en total 96 pacientes, sin embargo se fueron descartando aquellas que a criterio médico no debían someterse a un trabajo de parto a causa de su historia obstétrica anterior o de factores de su embarazo actual, como desproporción cefalopélvica (DCP) anterior, incisión longitudinal en cuerpo uterino, desconocimiento de los datos de la cesárea anterior, período intergenésico menor de 2 años, embarazo gemelar, macrosomía fetal, etc. Otros factores que influyeron para la selección de las pacientes, fue el no presentar la medida del grosor del segmento uterino requerida para ser parte de nuestro estudio. Se descartaron también aquellas pacientes que no presentaron un trabajo de parto activo al momento de su ingreso a la labor y partos.

Se consultó con cada una su disposición a someterse al trabajo de parto y se negaron 30 pacientes. Quedando finalmente 11 pacientes que no tenían una causa o factor invalidante para someterse al trabajo de parto.

Es por ello que en base a los datos obtenidos, describiremos a las pacientes una por una. La primera, es una paciente de 27 años de edad, con antecedente de una cesárea previa, hace 4 años por indicación de inducción fallida, realizada en esta institución, con una medición del grosor del segmento uterino de 3.8 mm., quien estaba de acuerdo con intentar el parto vaginal, se presenta a emergencia con dilatación de 8 cm. Indicaba que desde hace 9 horas habían iniciado las contracciones, 12 minutos después avanza a la dilatación completa y expulsión del feto, 12 minutos después se produce el alumbramiento natural completo y no se documenta ninguna complicación. Por la rapidez con que se produce el parto no hubo necesidad de analgesia de conducción y es atendida por médico residente III, quién aplica fórceps profilácticos.

El segundo caso corresponde a una paciente de 32 años, con antecedente de cursar con su séptimo embarazo, de los cuales 4 fueron parto natural, 1 aborto y por ultimo cesárea hace 3 años, en esta institución por indicación de meconio intenso, con una medida del grosor del segmento uterino de 3.5 mm.. Se presenta a emergencia indicando que 5 horas antes iniciaron los dolores tipo parto, al ser evaluada, la paciente presentaba 7 cm. De dilatación cervical, se ingresa inmediatamente a labor y partos, 15 minutos después se produce la expulsión del feto y 15 minutos después el de la placenta. No se documenta ninguna complicación.

El tercer caso, corresponde a una paciente de 24 años, que cursaba con su tercer embarazo, de los cuales uno término en aborto y el último en cesárea dos años antes, realizada en esta institución por indicación de NST no reactivo, con medición del grosor del segmento uterino de 4 mm. Se presenta a emergencia con dilatación cervical de 6 cm. Ingresa a labor y partos donde se hidrata y se mantiene con estímulo del pezón únicamente, 30 minutos después se produce la expulsión del feto y 15 minutos después el de la placenta. No hubo necesidad de analgesia de conducción y no se documenta ninguna complicación.

La siguiente es una paciente de 33 años, con antecedente de un parto y una cesárea 2 años antes, realizada en esta institución por Oligoamnios severo con medición del grosor del segmento uterino en 3.8 mm., quién ingresa a labor y partos con dilatación 7 cm., Desconocemos el tiempo transcurrido de inicio de contracciones hasta su llegada a la emergencia, la paciente solo indicó que desde hace un día sentía los dolores pero no eran tan fuertes. En labor y partos, no se utiliza oxitocina únicamente estimulación del pezón ya que paciente presentaba adecuado patrón contráctil, 20 minutos después de su ingreso a labor y partos se produce ruptura uterina por lo que fue ingresada inmediatamente a sala de operaciones, afortunadamente es operada a tiempo y tanto ella como su bebé evolucionaron satisfactoriamente. Se aclara que paciente no tuvo periodo expulsivo pues antes de su dilatación completa, se presenta la complicación.

El siguiente caso corresponde a una paciente de 29 años, Quinta Gesta, de los cuales 3 fueron partos normales y 1 cesárea 2 años antes por NST no reactivo realizada en esta institución, con medición del segmento uterino de 3,5 mm., quien se presenta a labor y partos con dilatación cervical completa, 10 minutos después se produce la expulsión del feto y 12 minutos después la de la placenta. Esta paciente presenta atonía uterina la cual resolvió con el uso de carbetocina. La paciente indicó que desde el inicio de los dolores tipo parto hasta su llegada a la emergencia solo habían transcurrido 4 horas, por lo que se considera que fue un parto precipitado.

El siguiente caso corresponde a una paciente de 22 años, con antecedente de cesárea previa, 4 años antes, por indicación de Oligoamnios severo, con medición del grosor del segmento uterino de 4 mm., que se presenta a labor y partos con dilatación cervical de 8 cm. A quien únicamente se maneja con estímulo del pezón 45 minutos después se produce la expulsión del feto y 20 minutos después la de la placenta. No se documenta ninguna complicación

Caso No. 7, paciente de 27 años, con cesárea previa, por Presentación podálica, con medición del grosor del segmento uterino de 3.8 mm., se presenta a labor y partos con 7 cm. de dilatación cervical, 17 minutos después se produce la expulsión del feto y 15 minutos después, de la placenta. No se documenta ninguna complicación.

Caso No. 8, paciente de 38 años, Quinta gesta, con 3 partos y una cesárea 7 años antes, por presentación podálica, con medición del grosor del segmento uterino de 3.5 mm. Ingresa a labor y partos con dilatación cervical de 7 cm., 12 minutos después se produce la expulsión del feto y 5 minutos después de la placenta. Sin complicaciones

Caso No. 9, paciente de 35 años, sexto embarazo, con 4 partos y una cesárea previa, 3 años antes por indicación de Meconio intenso, con medición del grosor del segmento uterino de 3.5 mm. Se presenta a labor y partos con dilatación completa, 15 minutos después, se produce la expulsión del feto y 10 minutos después la expulsión de la placenta presenta atonía uterina la cual resuelve con carbetocina. Nuevamente consideramos que se trata de un parto precipitado, lo que pudo predisponer al desarrollo de atonía uterina.

El décimo caso corresponde a una paciente de 25 años, con cesárea previa, 4 años antes, por Oligoamnios severo, con medición del grosor del segmento uterino en 4.5 mm. Ingresa a Labor y partos con dilatación de 6 cm. Se utiliza analgesia de conducción, oxitocina a dosis fisiológicas de 2.5 mUI/ min., una hora después se produce la expulsión del feto y 25 minutos después de la placenta. Es atendida por médico residente quien utiliza fórceps profilácticos y no se documenta ninguna complicación.

Por último, paciente de 27 años, tercera gesta, con cesárea 6 años antes, por inducción fallida y un parto extrahospitalario posteriormente a los 3 años, con medición del grosor del segmento uterino de 4 mm. Se presenta a labor y partos con dilatación de 7 cm., a los 20 minutos se produce la expulsión del feto y 13 minutos después el de la placenta. No se documenta ninguna complicación.

Se encontró que el 36 % de las pacientes se encontraban dentro del rango de los 26 a 30 años de edad, el 46% de las pacientes fueron secundigestas, 82%, se encontraban con un tiempo entre la cesárea anterior y el actual embarazo de 2 a 4 años, y con lo relacionado a su evolución clínica, se documento únicamente un caso de ruptura uterina, lo cual coincide con la literatura revisada, en donde se describe un incidencia baja de complicaciones, consideramos por lo tanto útil el parámetro de medición del grosor del segmento uterino y a manera de recomendación sugerimos el seguimiento a nuestro estudio, para la realización de un protocolo en el cual se incluya la medición de este parámetro.

A pesar de la poca colaboración de parte de las pacientes debido a que muchas rehusaron al estudio y la falta de colaboración del personal médico a cargo de la clínica de Mediano Riesgo para la selección de pacientes, podemos decir que, respecto a la evolución clínica de las pacientes, de las 11 pacientes registradas, 10 evolucionaron sin complicaciones, durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato. Solo se reporta un caso de ruptura uterina lo cual representa el 9% debido al tamaño de la muestra, aún así creemos que es una incidencia baja y que concuerda con lo reportado en la literatura revisada, por lo tanto consideramos como útil la medición del grosor del segmento uterino por medio de ultrasonido transvaginal al momento de decidir parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa.

Recomendamos utilizar los resultados del presente estudio para dar el seguimiento apropiado, y convertirlo en un estudio de casos y controles, a manera de establecer un protocolo que incluya la medición del grosor del segmento uterino por medio de ultrasonido transvaginal en pacientes con cesárea previa.

VII. REFERENCIAS

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos de Procedimientos de Ginecología y Obstetricia. Parto Vaginal tras Cesárea, 2002
http://matronasubeda.objectis.net/area-cientifica/guias/protocolos/SEGO_PROTOCOLO_PVDC.pdf
2. Parto vaginal con cesárea previa: Un sistema de puntaje (score) al momento de la admisión. Bruce L. Flamm, MD and Ann M. Geiger, PhD Ref: *Obstet Gynecol* 1997;90:907-10
3. Manejo de la gestante con una cesárea previa. LORENA YUI*, VÍCTOR BAZULGinecología y Obstetricia - Vol. 41 Nº1 Enero 1995
http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/ginecologia/Vol_41N1/manejo_gest.htm
4. ULTRASONOGRAPHIC MEASUREMENT OF LOWER UTERINE SEGMENT TO ASSESS RISK OF DEFECTS OF SCARRED UTERUS. ROZENBERG P, GOFFINET F, PHILLIPPE HJ, NISAND I. DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY, CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL, LEON TOUHLADJIAN, POISSY, FRANCE.
<HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/8569360>
5. Sonographic measurement of the lower uterine segment thickness in women with previous caesarean section. Cheung VY. J Obstet Gynaecol Can. 2005 Jul;27(7):674-81
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16100622?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16100622?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)
6. Prediction of Uterine Dehiscence by Measuring Lower Uterine Segment Thickness Prior to the Onset of Labor Evaluation by Transvaginal Ultrasonography Hirobumi Asakura¹⁾, Akihito Nakai¹⁾, GenIshikawa¹⁾, Shyunji Suzuki¹⁾ and Tsutomu Araki¹⁾ Department of Obstetrics and Gynecology, Nippon Medical School http://www.jstage.jst.go.jp/article/jnms/67/5/67_352/article/-char/en

7. Una cesárea anterior: ¿parto vaginal o cesárea? "Una reflexión a lo colombiano"
DOCTORA MARIA TERESA PERALTA ABELLO Profesor Asociado. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia. REVISTA DE GINECOLOGÍA
8. The prospective study of trial labor following previous cesarean section Zhonghua Fu ChanKeZa Zhi. 1995 Dec;30(12):721-3 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8728915>
9. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Am J Obstet Gynecol. 2001 Jun;184(7):1365-71; discussion 1371-3
10. Parto instrumental en cesárea anterior: importancia del intervalo interparto. Drs. Heidi Díaz Barreto, Rosanna Cusati Vásquez, Hecna Carrillo García, Aida Lara Croes Journal of Obstetrics and Gynecology of Venezuela, Vol. 69, #2, 2
11. Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa. Rodrigo Sánchez G,1 Hantz I Ortiz O,2 Alberto Chávez M3. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. Vol. 46. #1, 2003 <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un2003/un031g.pdf>
12. The Current Management of Vaginal Birth after Previous Caesarian Delivery. Elizabeth Ball, Kim Hinshaw. The Obstetrician & Gynaecologist, 2007; 9:77-82 www.rcog.org.uk/togonline
13. Using C-Section Scars to Predict Future Deliveries. The IOWA Clinic. <http://www.iowaclinic.com/515-241-5785/iowa-clinic/news/todays-news-view/623602>
14. Cesárea repetida electiva planificada versus parto vaginal planificado en mujeres con un parto por cesárea previo (Revisión Cochrane traducida) Dodd JM, Crowther CA, Huertas Guise JM, Horey D <http://www.update-software.com/abstractsEs/AB004224-ES.htm>

15. Do vaginal birth after cesarean outcomes differ based on hospital setting?
Emily A. DeFranco, DO; Roxane Rampersad, MD; Kristin L. Atkins, MD; Anthony O. Odibo, MD, MSCE; Erika J. Stevens, MA; Jeffrey F. Peipert, MD, MPH; David M. Stamilio, MD, MSCE; George A. Macones, MD, MSCE *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:400.e1-400.e6.
16. Vaginal birth after cesarean delivery in the West African setting R.M.K. Adanua,□, M.Y. McCarthyb *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 98, 227–231
17. Guidelines for Vaginal Birth After Previous Cesarean Birth No 155 (Replaces guideline No 147), February 2005 <http://www.sogc.org/guidelines/public/155E-CPG-February2005.pdf>
18. Vaginal Birth After Cesarean Delivery Author: Aaron B Caughey, MD, PhD, MPH, MPP <http://emedicine.medscape.com/article/272187-overview>
19. Estado Actual de la Cesarea Dra. Ofelia Uzcátegui U. *Gac Méd Caracas*. v.116 n.4 Caracas oct. 2008 http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0367-47622008000400003&script=sci_arttext#c3
20. WHO. Appropriate thechnology for birth. *Lancet*. 1985;2:437-438
21. Khawaja M, Kabakian-Khasolian T, Jurdi R. Determinants of cesarean section in Egypt: Evidence from the demographic and health survey. *Healpolicy*. 2004;69:273-281
22. Vaginal Birth after Previous Cesarean Delivery; ACOG Bulletin Num 54, July 2004 http://www.acog.org/acog_districts/dist9/pb054.pdf

23. GUIDELINES FOR VAGINAL BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH Dr
.Ashraf FoudaEgypt-Damietta General Hospital [http://www.o
bgyn.net/english/pubs/features/presentations/fouda23/VBAC.pp](http://www.obgyn.net/english/pubs/features/presentations/fouda23/VBAC.pp)

24. Una epidemia de cesáreas

América Latina gasta unos 425 millones de dólares cada año en operaciones
innecesarias de parto, agosto 2000

<http://www.iadb.org/idbamerica/archive/stories/2000/esp/AGO00c/c800i.htm>

25. Nacimiento por parto vaginal despues de una cesarea. prueba de trabajo de parto
versus cesarea electiva a repeticion. rotura uterina, una complicacion posible. Drs.
Paolo Ricci A., Ernesto Perucca P., Roberto Altamirano A REV CHIL OBSTET
GINECOL 2003; 68(6): 523-528

VIII. ANEXOS

Anexo No. 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____, de ____ años, que me identifico con cedula No. de orden ____ registro _____, extendida en _____; inscrita en el Seguro Social con el No. de Afiliación _____, en pleno uso de mis capacidades físicas y mentales, hago constar que a solicitud propia, he sido informada de la posibilidad de poder optar a la Oportunidad de parto vaginal para la resolución del embarazo actual, a pesar de tener una cesárea previa, se me ha explicado los requisitos que debo cumplir en su totalidad para poder optar a este tipo de parto, los cuales estoy bien clara que se deben cumplir en su totalidad. Además hago constar que estoy plenamente conciente de la manera en la cual debe iniciarse el trabajo de parto, que debe ser de forma espontánea y antes de cumplir o sobrepasar las 40 semanas de edad gestacional. Estoy conciente de los riesgos que se corre con la oportunidad de parto vaginal y entiendo claramente que ante cualquier anomalía durante el trabajo de parto se procederá a realizar una cesárea, en bien de mi persona y de mi bebé. Se y entiendo que en cualquier momento por propia voluntad puedo solicitar la anulación de la oportunidad de parto vaginal y solicitar la realización de cesárea, sin ser coaccionada de ninguna manera. De esta manera hago constar que la información que he brindado, con respecto a mi historial obstétrico es verídica y que se ha podido revisar en mi presencia el expediente clínico previo o las constancias de la atención del parto anterior. Por lo tanto, manifiesto que estoy clara en los requisitos que se deben cumplir para ser candidata a una oportunidad de parto vaginal, se y entiendo los beneficios y los riesgos que conlleva este proceso. Se me informa que puedo acudir con el medico de la clínica a la cual estoy asignada o bien al jefe de la consulta externa en cualquier momento para ampliar y aclarar cualquier información que considere necesaria; de esta manera **AUTORIZO**, mi total satisfacción, para que los médicos involucrados en la atención de mi parto, puedan brindar la oportunidad de parto vaginal, en base a los procedimientos y requisitos ya establecidos en la institución.
Dado en la Ciudad de Guatemala, a los ____ días del mes de _____ del año dos mil _____.

Nombre y apellidos completos de la paciente
Cedula No. de orden ____ registro _____
No. de Afiliación _____

Firma o huella digital

Firma y sello del médico que evalúa

Sello de la clínica

Anexo No. 2

REQUISITOS PARA OFRECER OPORTUNIDAD DE PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA.

Fecha: ____/____/____

Requisito solicitado	Si lo Cumple	No lo cumple
Desea la paciente parto vaginal		
Existe documentación adecuada de la cesárea previa.		
Puerperio no complicado		
Periodo intergenesico mayor a 2 años		
Peso fetal menor a 3,400 grs.		
Presentación fetal cefálica		
Ausencia de cualquier indicación de cesárea (previa o actual)		
Buena relación feto-pélvica		
Verificar al ingreso a la labor y partos		
Inicio espontáneo del trabajo de parto		
Perfil biofísico modificado normal al ingreso		
Persiste sin indicación precisa de cesárea		

Se ha procedido a evaluar el anterior listado de requisitos y se concluye que la paciente es:

Candidata para parto vaginal (cumple todos los requisitos)

No es candidata para parto vaginal (no cumple uno o más de los requisitos)

Nombre y apellidos completos de la paciente
Cedula No. de orden____ registro____
No. de Afiliación _____

Firma o huella digital

Firma y sello del médico que evalúa

Sello de la clínica

**UNIVERSIDAD “SAN CARLOS DE GUATEMALA”
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COMITÉ DE INVESTIGACION**

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

“MEDICION DEL GROSOR DEL SEGMENTO UTERINO COMO PREDICTOR DE PARTO VIA VAGINAL EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA”

Boleta no. _____

DATOS GENERALES:

- Nombre: _____
- Edad: _____
- Raza: _____
- Procedencia: _____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

- Gestas Partos Abortos Cesàreas

PERIODO INTERGENESICO: _____

GROSOR DEL SEGMENTO UTERINO: _____

DURACION DEL PARTO:

- Primer Periodo: _____
- Segundo Periodo: _____
- Tercer Periodo: _____

COMPLICACIONES DEL PARTO

- Hemorragia Postparto: Si: No:
- Retención Placentaria: Si: No:
- Alumbramiento Incompleto: Si: No:
- Atonía Uterina Si: No:

ANALGESIA DE CONDUCCION: Si: No:

FORCEPS PROFILACTICO: Si: No:

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “**EXPERIENCIAS EN EL PARTO VAGINAL DE PACIENTES CON CESAREA PREVIA Y GROSOR DEL SEGMENTO UTERINO MAYOR A 3.5 mm**” para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.